Comisión de Salud Pública y Asistencia Social
Carpeta Nº 2555 de 2017

Versión Taquigráfica N° 1618 de 2018

CENTROS O SERVICIOS DE REFERENCIA EN SALUD

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
DOCTOR HENRY COHEN
DOCTOR ÓSCAR CLUZET

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 2 de mayo de 2018

(Sin corregir)

PRESIDE:	Señora Representante Mabel Quintela.
MIEMBROS:	Señores Representantes Walter De León, Luis Gallo Cantera, Martín Lema Perreta y Nibia Reisch.
INVITADOS:	Profesores académicos doctores Henry Cohen y Óscar Cluzet.
SECRETARIA:	Señora Myriam Lima.
PROSECRETARIA:	Señora Viviana Calcagno.

SEÑORA PRESIDENTA (Mabel Quintela).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tiene mucho gusto en recibir a los académicos Henry Cohen y Óscar Cluzet, representando a la Academia Nacional de Medicina.

SEÑOR COHEN (Henry).- La Academia Nacional de Medicina se siente complacida y honrada de ser invitada a un ámbito como este y de que se pregunte nuestra opinión sobre un tema tan importante. Eso es lo que corresponde: agradecer.

Desde ya, la Academia Nacional de Medicina, por su variada integración, puede tener opinión sobre muchos de los temas de salud que se manejan en el país y está siempre a disposición de la Cámara o de la Comisión para lo que sea necesario.

Sobre el tema puntual, la Academia ya estuvo en una reunión anterior, que se hizo en la Cámara de Senadores, en esta misma sala, formando parte de una delegación junto con la Facultad de Medicina y nuestro anterior presidente, académico José Enrique Pons. Este último tuvo un esguince de tobillo y se tuvo

que quedar, pero tenía la intención de acompañarnos en el día de hoy. De todas maneras, el académico Óscar Cluzet, que me acompaña, forma parte de la comisión directiva.

La Academia Nacional de Medicina estima que los centros de referencia son una necesidad a nivel nacional, más allá de la ley. No somos especialistas en leyes, pero creemos que en un país pequeño como el nuestro, que aún, lamentablemente, tiene disparidades y desigualdades en el cuidado de la salud, es imprescindible destacar los centros de referencia que ya existen, que son unos cuantos, pero también legislar sobre los futuros centros de referencia en otras patologías o en otras instancias de la medicina en las que sean necesarios.

Uruguay ha tenido algunas buenas experiencias con centros de referencia tanto en lo diagnóstico, como el Cudim, como en lo terapéutico -que es a lo que más hace referencia, según tengo entendido, la ley-, como el Cenaque, el trasplante de hígado y el trasplante de páncreas y riñón que se hace en el Hospital de Clínicas desde el año 2002. Hasta a mí me cuesta creer que hace tantos años que se hacen esos trasplantes. Hay un centro de referencia en cirugía infantil en el Hospital Pereira Rossell. Si bien la cirugía neonatal no es tan frecuente -aproximadamente una por semana; unas cincuenta por año-, si fueran hechas por diez cirujanos distintos, ninguno tendría la experiencia necesaria para salvar las vidas de esos niños. Estos son algunos ejemplos que se me vienen a la cabeza de centros de referencia que ya existen. Todo lo que es patología renal también tiene mucha importancia, no solo el trasplante renal y pancreático. Uruguay ha tenido una importante experiencia en crear esos centros de referencia. En lo renal, inclusive, se puede ir un paso más allá, como decía el profesor Noboa, titular de la cátedra. Cuando vinimos a la reunión anterior él decía que existían los centros de referencia y las redes de referencia que permiten que todos los centros estén conectados para poder potenciarnos en los cuidados.

Yo hacía referencia a las desigualdades. Parece que estuviéramos hablando de algo muy sofisticado, pero por estar en el tema de la salud mi prédica en los últimos años ha sido la de disminuir las disparidades en los lugares menos privilegiados, que son los del interior del país, a través del proyecto ECHO, que es solamente la contraparte. A través del proyecto ECHO enseñamos qué pacientes tienen que ser referidos y qué pacientes tienen que quedarse para ser atendidos en el interior por personas mejor entrenadas. Saber qué pacientes van a ser contrarreferenciados es fundamental para que lleguen a tener el nivel de asistencia que se merece cualquier uruguayo, tenga o no dinero para ir a la Clínica Mayo, a quien se deba atender en forma local.

Una cuestión que entendemos importantísima es decir que los centros de referencia, como discutimos en aquella reunión, no implican la radicación en algún lugar en particular. Hay algunas patologías que admiten más de un centro de referencia. Por ejemplo, por lo que me dicen los compañeros, la parte cerebrovascular admite más de un centro de referencia. Es hasta obligatorio, para poder salvar vidas, tener un centro por ejemplo al norte del río Negro. Pero eso no quiere decir que no tengamos que tener un centro en Montevideo. No es que todo tenga que suceder en Montevideo, en la capital, con la centralización. Creemos que los centros de referencia son una buena manera de ver qué es lo que tiene que estar en la capital y lo que pueda o deba estar en otro lugar.

Además, los centros de referencia no tienen que ser únicos por patología; depende de cada una de las situaciones.

SEÑOR CLUZET (Óscar).- Coincido plenamente con el planteo general que ha hecho el profesor Henry Cohen. Solo quiero agregar alguna cosa a modo de complemento.

En primer término, la descentralización es fundamental para problemas tales como las patologías tiempodependientes. Las patologías tiempodependientes son tres: el accidente cerebrovascular, el infarto de miocardio y el trauma. Salvar a los pacientes con estas patologías depende de iniciar el tratamiento adecuado en el lugar donde el hecho se ha producido. Por lo tanto, esa descentralización bien planificada y regionalizada ayudaría a superar lo que se podría llamar una inequidad geográfica derivada del lugar de residencia del afectado. La planificación de los centros y su distribución tiene enorme importancia para llegar a corregir este factor. Esto es lo primero en relevancia. No es una tarea fácil, pero es imprescindible si se quiere hacer así. De lo contrario, la recuperación en un accidente cerebrovascular va a ser sustancialmente distinta si la hago en Parque Batlle o en pueblo Sequeira. Nos parece, porque está contenido en la filosofía del Sistema Nacional Integrado de Salud, que la idea es corregir este factor de inequidad, casi estructural, casi obligatorio en todos los países, pero que en Uruguay tendría especiales facilidades para su oportuna

corrección. Al mismo tiempo, este es un país que ha venido corrigiendo de manera sustancial las condiciones de traslado de enfermos críticos.

Por otra parte, a partir de la lectura atenta del texto, en su versión actual, creemos que falta saber, para avanzar en nuestra comprensión -no es un aporte sino una pregunta-, cuál es el límite por el que se define a los centros con enfermedades de baja prevalencia. La respuesta a esa pregunta definiría mucho de la planificación futura. Como nosotros no tenemos la respuesta y no está especificada en la exposición de motivos nos tomamos la libertad de hacer la pregunta a los señores diputados.

SEÑOR COHEN (Henry).- Personalmente, no se ha discutido en la Academia, pero soy partidario, si tuviera la varita mágica, de crear una Facultad de Medicina en el interior. Por lo cual, creo que estos centros de referencia son una gran oportunidad para aumentar todo lo que es docencia y generación de conocimientos. Como médicos uruguayos tenemos la obligación de crear conocimientos made in Uruguay. Es fundamental para impulsar la formación de los médicos y no solo de ellos, sino también del personal de salud. Creemos que llevándolos a distintas partes del país los democratizaremos, para que estén a disposición de todos los uruguayos.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- No está especificado, numéricamente, qué se considera baja prevalencia. Podemos explicarlo empíricamente. Esto apunta a aquellas patologías de baja prevalencia, alto costo y baja experiencia de los técnicos que realizan los procedimientos. La reglamentación de este proyecto de ley tendrá que especificar en cifras a qué llamamos baja prevalencia. Es difícil en el texto de una ley definir baja prevalencia. Eso quedará a criterio de la reglamentación para lo que, obviamente, se recurrirá a la Academia, al Ministerio de Salud Pública, a la Universidad de la República, a la Facultad de Medicina y a todas las Facultades vinculadas con el tema. Allí se establecerá qué es baja prevalencia. El concepto son enfermedades de baja prevalencia y alto costo, no solo en el tratamiento, sino también en el diagnóstico, y fundamentalmente con reducida experiencia, que es lo que más nos preocupa.

El profesor Henry Cohen hacía referencia a la cirugía pediátrica. Yo soy cirujano pediátrico y sé que es así. No es lo mismo operar diez o quince esófagos en un año que uno o dos, como pasa en la actualidad. Eso pasa en muchas otras patologías; inclusive, en cirugía cardíaca pediátrica, donde estamos teniendo dificultades serias para alcanzar los estándares de paridad que se necesitan para tener un servicio abierto.

El concepto es ese, pero será producto de la reglamentación especificar bien a qué llamamos baja prevalencia. La pregunta estuvo muy bien hecha.

SEÑOR COHEN (Henry).- Agradezco la explicación sobre la técnica legislativa.

Dentro de las enfermedades de baja prevalencia hay enfermedades de bajísima prevalencia, que llamamos enfermedades raras. ¿Se quiere incluir también a las enfermedades raras o dentro de las de baja prevalencia las de bajísima prevalencia quedarían excluidas? Pregunto esto porque la dinámica arquitectural o de estructura de un sistema que atiende las enfermedades de muy baja prevalencia es sustancialmente distinta a la que estábamos mencionando antes. Una cosa es atender el trauma, el accidente vascular encefálico, las cosas que han sido incluidas en el sistema ECHO -que tiene otras proyecciones para el diseño de sistemas- y otra es atender enfermedades cuya prevalencia es inferior al cinco por mil. El apartado de las condiciones, especificado en ambas leyes, que veo que sigue criterios que han sido utilizados en España, habla de que es necesario tener -el señor diputado Luis Gallo Cantera lo nombró- determinada experiencia. Ahora, hay enfermedades devastadoras, costosas, que, sin una experiencia suficiente a nivel país, son extremadamente difíciles de tratar. Esa es la razón de la insistencia en esta distinción, más allá de la posterior definición legislativa.

SEÑORA PRESIDENTA.- Nosotros vamos a recibir al señor ministro de Salud Pública la próxima semana o la siguiente y vamos a trasladarle estas consultas.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- En el proyecto se habla de "generalmente complejas y de baja prevalencia". Eso no excluye que se puedan analizar enfermedades que no sean de tan baja prevalencia.

Para enfermedades raras, prácticamente tenemos armado un centro de referencia en el Banco de Previsión Social; me refiero a las enfermedades raras -o rarísimas- congénitas de los recién nacidos. También hay patologías raras en adultos. Será cuestión de la reglamentación determinar todos los casos, pero la palabra "generalmente" no excluye aquellas patologías de baja prevalencia o con una expertise importante. Por ejemplo, un accidente vascular encefálico no es una enfermedad de baja prevalencia pero, con el procedimiento correcto, se puede tratar. No es que tengamos un desarrollo en todo el país de centros que permitan acortar los tiempos para mejorar la sobrevida de los pacientes. De todos modos, vamos a trabajar mucho en la reglamentación de esta norma.

SEÑOR COHEN (Henry).- Hay enfermedades que no son de tan baja prevalencia pero de manejo muy complejo. Voy a poner un ejemplo que probablemente nos involucre a ambos, que es la enfermedad de Crohn. No es de tan baja prevalencia y no hay semanas que no vea algún paciente con eso. Sin embargo, algunos pacientes con enfermedad de Crohn son muy difíciles de manejar. Aun siendo profesor de la Cátedra de Gastroenterología desde hace muchos años -me hago responsable de lo que digo-, no todos los gastroenterólogos la pueden tratar y no todos los cirujanos -de niños ni de adultos- la pueden operar. Entonces, hay que saber identificar esos pacientes para poder transferirlos a un centro de referencia. Por lo tanto, está muy bien puesta esa salvedad de "generalmente".

Quiero hacer un comentario como un simple ciudadano. El señor diputado Luis Gallo Cantera habló de la reglamentación. Sabemos que en aquellas épocas juveniles -cuando trabajaba en salud pública con las famosas leyes del mutualismo- lo importante eran las leyes pero, tan importante como ellas, la reglamentación. Veo que las dos Cámaras están trabajando mucho con esta norma y espero que se pueda aprobar y reglamentarse pronto. Estoy seguro de que los que trabajen en esto podrán decir: "Estamos salvando vidas de uruguayos ya".

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Hemos tenido varias conversaciones con el señor ministro de Salud Pública. Para el Ministerio, tal vez este sea el proyecto más importante de la legislatura. Hay interés en aprobarlo rápidamente porque ya hay esbozos de proyectos que necesitarían la sanción de esta iniciativa. Por ejemplo, el Cerema -Centro de Rehabilitación de Maldonado- es el único centro que existe en el Uruguay para adultos. Hace años que está funcionando pero, debido a problemas económicos serios, estuvo por cerrar. Ya se encontró un mecanismo parcial para salir de esa situación hasta la aprobación de este proyecto. Un centro de rehabilitación tan importante como el Cerema no es de baja prevalencia. Sin embargo, está dentro de la mirada del Ministerio de Salud Pública; la idea es aplicar lo que indica la norma en el resto del país.

Para el Gobierno este es un proyecto más que importante. Tal vez esto genere mucha expectativa a muchas especialidades. Cuando uno va a aprobar un proyecto de esta naturaleza, debe ser justo y claro en cuanto a la gradualidad de los procesos. No podemos pretender que a partir de la aprobación del proyecto y de su posterior reglamentación tengamos veinte o treinta centros de referencia; eso va a ser muy difícil porque el financiamiento de todo esto se logra a través de lo que cobran las instituciones. Como saben, dentro de la cápita, por ejemplo, hay un porcentaje para las enfermedades de Crohn. A partir de la creación del centro de referencia, ese dinero dispuesto para las patologías inflamatorias del intestino no va a ir a la institución sino al centro de referencia. Entonces, hay que buscar los equilibrios necesarios.

Creo que hay cuatro o cinco centros de referencia. El centro del trauma es una referencia para el Estado. El Cerema también es una necesidad importante. La cirugía neonatal congénita es una necesidad. En la obesidad no hay baja ni media prevalencia pero, además, hay muchos centros en los que se practica la cirugía bariátrica; no se practica más porque no está incorporada en el Protocolo IAE. De lo contrario, habría muchos centros, pero ya no serían un centro de referencia específico.

Lo más importante es la gradualidad y buscar las enfermedades en las que el país necesita la expertise de los profesionales.

SEÑOR COHEN (Henry).- También está el tema de los temores. Los médicos tenemos miedo como cualquier persona; piensan que van a trabajar menos, y no es así. Hay que explicar a la gente que va a trabajar más en lo que están formados y que van a seguir aprendiendo.

Además, está lo que denomino el círculo virtuoso de imitar lo bueno. Un ejemplo en el que pensé -que no dije de gusto- fue la cirugía bariátrica. No lo dije porque yo mismo me inhibí cuando lo pensé esta mañana, debido a su alta prevalencia. Lo ideal sería que las instituciones públicas o privadas empezaran a copiar lo

bueno de los centros de referencia y que se dedicaran a una temática en particular. Los centros de referencia se van a estimular en la práctica para que todos estemos mejor atendidos y para que los médicos y el personal de salud brinden un mejor servicio. No sé si es un criterio que se pueda compartir; es una idea muy personal.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Lo comparto.

Tenemos un centro de referencia para un determinado tema y ello exige que las instituciones mejoren su calidad de atención; la que hace cirugía bariátrica debe estar todo el día operando estómagos.

SEÑOR COHEN (Henry).- Si mañana uno se pregunta cuál es el centro de referencia para la operación de un cáncer de esófago, puede conocer de antemano el equipo de especialistas adecuado. Entonces, surgen centros de referencia no oficiales pero que tienden a mejorar la calidad de la asistencia en Uruguay.

SEÑORA REISCH (Nibia).- Nosotros estamos recibiendo información de todos los actores de primer nivel. En los próximos días nos vamos a juntar con nuestros asesores en el área de la salud. Si bien leí el proyecto, voy a necesitar del apoyo técnico.

Me interesaba conocer la palabra de ustedes porque, obviamente, es muy reconocida a nivel profesional y de la población. Sabemos que son dos excelentes profesionales. Teníamos mucho interés en conocer su postura. No descarto que volvamos a citarlos si en el devenir de los días tenemos alguna consulta.

SEÑOR COHEN (Henry).- Nosotros vinimos a hablar en nombre de la Academia Nacional de Medicina. Es más: ha formado una subcomisión interna para trabajar en este tema. Nos gustaría volver cuando la norma estuviese aprobada para poder reglamentarla juntos y explicar qué es la alta y la baja prevalencia.

Tenemos treinta y cinco académicos y más de veinte especialidades representadas. Además, tenemos la ventaja de no tener banderas políticas. Con más de cincuenta años de experiencia podemos ver qué es lo mejor para la salud de los uruguayos.

SEÑORA PRESIDENTA.- Les agradecemos su visita y nos mantendremos en contacto.

(Se retiran de sala los representantes de la Academia Nacional de Medicina)

SEÑOR LEMA (Martín).- Como sabrán, porque es de público conocimiento, el directorio de ASSE llamó a concurso para los directores de dieciséis hospitales. Para ello estableció bases y el perfil del llamado que se publicaron en la página web del prestador.

Me parece importante, en aras de aportar o de hacer sugerencias, invitar a las cátedras de derecho administrativo de la Facultad de Derecho de las distintas universidades. En ese sentido, habría que enviarles previamente, a través de Secretaría, las bases del concurso, a fin de que puedan brindar su opinión sobre el llamado.

El 27 de abril de 2017 presenté un proyecto de ley al respecto. Tengo la posición de que es mucho mejor un llamado abierto y público que un llamado que tenga como exigencia dos años de presupuestación para presentarse. A mi juicio, eso reduce el espectro porque deja afuera a personas que quizás tengan la vocación y las ganas de presentarse.

Me han llegado algunos comentarios de colegas abogados respecto de las bases. Es entendible que no se quiera afectar la carrera funcional, pero como no me parece apropiado entrar en especulaciones, lo mejor es escuchar a los que realmente entienden de este tipo de llamados. En ese sentido, me gustaría que vinieran a la Comisión las distintas cátedras a hacer comentarios sobre las bases. Si no es posible su concurrencia, sería bueno que nos enviaran un informe, si lo entienden pertinente, para que podamos tomar conocimiento de su posición.

Esta es una buena señal del directorio de ASSE. Como presenté un proyecto de ley y quiero contribuir en este tema, porque entiendo que puede profesionalizarse la gestión, me parece de orden hacer todo lo que esté a mi alcance para intercambiar con el directorio de ASSE.

SEÑORA PRESIDENTA.- Se envió invitación al nuevo directorio de ASSE para que concurriera a la Comisión, pero no tuvimos respuesta. A la Secretaría solo se le respondió que se había tenido contacto con un legislador.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

——Reiteraremos la invitación al directorio de ASSE.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

——Si no se hace uso de la palabra, se va a votar la propuesta del señor diputado Martín Lema.

(Se vota)

——Cinco por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

SEÑORA REISCH (Nibia).- Quiero dejar constancia de que el Partido Colorado solicitó formalmente al presidente de ASSE que la oposición pueda participar de alguna manera en los llamados y en el proceso de elección de los nuevos directores de hospitales, apuntando a asegurar la trasparencia del concurso.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Hace unos quince días recibimos la solicitud de la Comisión de Salud de la República Dominicana para que el Parlamento uruguayo invite a sus integrantes a venir a Uruguay. Los gastos serían pagos por el Parlamento de la República Dominicana. Ellos tienen intenciones de reunirse con esta Comisión para intercambiar aspectos sobre la reforma de la salud -ellos están muy interesados en este tema- y con la Comisión de Seguridad Social. No tengo idea de cuándo sería. Tengo que conversarlo con el presidente de la Cámara.

Se trata de una delegación de cuatro parlamentarios: dos integrantes de la Comisión de Salud y dos integrantes de la Comisión de Seguridad Social. Me gustaría que esta Comisión los recibiera y se pusiera a su disposición para evacuar sus consultas. A su vez, haremos las consultas con el Ministerio de Salud Pública y con el Banco de Previsión Social, porque quisieran aprovechar la ocasión para reunirse con sus autoridades.

SEÑOR LEMA (Martín).- Propongo que la Secretaría se comunique con las Facultades de Derecho de la Universidad de la República, de la Universidad de Montevideo, de la Universidad Católica, de la Universidad de la Empresa y del Claeh para invitar a sus autoridades o, en caso de no poder concurrir, para que se nos envíe un informe por escrito. Me parece importante concretar la invitación a la brevedad.

SEÑORA PRESIDENTA.- Se levanta la reunión.